



Registro de vacunación
Consentimiento de información para la vacunación

Fecha: _____

Vacuna Solicitada: _____

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (escriba claramente)

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Años: ____ Género: Femenino Masculino

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Telefono: (____) _____ - _____ Correo Eletronico: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA GENERAL (Escriba claramente)

Nombre del Medico: _____ Telefono: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

SECCIÓN B: INFORMAÇÕES DE SEGURO MEDICO (Escreva Nitidamente)

Compañía de Seguro Medico: _____ Telefono: (____) _____ - _____

Dirección: _____

Número de Póliza: _____ Número del Grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

SECCIÓN C: Las siguientes preguntas nos ayudará a determinar su elegibilidad para ser vacunado hoy.

Todas las Vacunas

1. ¿Te sientes enfermo hoy?	Si	No
2. ¿Tiene algún problema de salud como enfermedad cardíaca, diabetes o asma? En caso afirmativo, indique: _____	Si	No
3. ¿Tiene alergias al látex, medicamentos, alimentos o vacunas? (Ejemplos: huevos, proteína bovina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura o timerosal)?	Si	No
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción después de recibir una vacuna, incluidos desmayos o mareos?	Si	No
5. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones y medicamentos, un trastorno cerebral, el síndrome de Guillain-Barré (una afección que causa parálisis) u otros problemas del sistema nervioso?	Si	No
6. Para mujeres: ¿Estás embarazada o estás pensando en quedar embarazada el próximo mes?	Si	No

Vacunas vivas (varicella, aerosol nasal contra la gripe, sarampión, paperas, rubéola, fiebre tifoidea, herpes, fiebre amarilla)

Responda estas preguntas solo si está recibiendo las vacunas mencionadas anteriormet.

7. ¿Ha recibido vacunas o pruebas cutáneas (ejemplo: tuberculosis) en las últimas cuatro semanas? Si es así, indique: _____	Si	No
8. ¿Tiene una afección médica que pueda debilitar su sistema inmunitario (p. Ej., Cáncer, leucemia, linfoma, VIH / SIDA, trasplante)?	Si	No

9. ¿Está tomando actualmente infusiones en el hogar, inyecciones semanales como Humira (adalimumab), Remicade (infliximab) y Enbrel (etanercept), dosis altas de metotrexato, azatioprina o 6-mercaptopurina, antivirales, medicamentos contra el cáncer o tratamientos de radiación?	Si	No
10. ¿Toma actualmente esteroides en dosis altas (prednisona > 20 mg / día o equivalente) durante más de 2 semanas?	Si	No
11. ¿Recibió una transfusión de sangre, productos sanguíneos o recibió un medicamento llamado inmunoglobulina globulina (gamma) el año pasado?	Si	No
12. (SOLO PARA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA) ¿Tiene antecedentes de enfermedad del timo (incluyendo miastenia gravis, síndrome de DiGeorge o timoma) o le han extirpado el timo? (solo fiebre amarilla)	Si	No
13. (SOLO PARA VACUNA CONTRA LA FIEBRE TIFOIDEA) ¿Está tomando antibióticos o medicamentos antipalúdicos actualmente? (Solo tifoidea oral)	Si	No
14. (SOLO PARA VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, MUSH AND RUBEOLA) ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia o trombocitopenia púrpura?	Si	No
Spray Nasal Para Gripe (FluMist Quadrivalent)		
15. ¿Está tomando aspirina o terapia con aspirina? (Solo 18 años o menos)	Si	No
16. ¿Tiene una afección nasal que le dificulta respirar, como una nariz congestionada? (Solo para FluMist)	Si	No

SECCION D:

Leí o expliqué la Declaración de información sobre vacunas (VIS) para la vacuna que solicité. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y comprender los beneficios y riesgos de la vacuna. Solicito que me administren la vacuna o a la persona mencionada anteriormente a quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información requerida para procesar un reclamo de seguro. He leído y acepto las leyes de privacidad de Danbury City. Entiendo que si mi seguro no cubre completamente la tarifa de esta vacuna, Danbury City puede cobrarme el saldo de la tarifa.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del padre / tutor: _____

(Padre o tutor, solo paciente y menor)

FOR CLINIC USE ONLY

Complete BEFORE vaccine administration	
1. I have reviewed the Patient Information and Screening Questions .	Initial Here: _____
2. This is the Vaccine Requested by the patient.	Initial Here: _____
3. This vaccine is appropriate for this patient based on the Age Guidelines provided by federal and state policies.	Initial Here: _____
3a. Does this patient have a high-risk medical condition? If yes, please list medical condition(s): _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. The Vaccine NDC Matches the NDC on the bottom of this VAR form and the NDC on the patient leaflet	Initial Here: _____
5. I have verified the Expiration Date is greater than today's date and have entered the Lot # and Expiration Date in the field below.	Initial Here: _____

Complete DURING Patient Interaction	
1. I have asked the patient to confirm their Name, DOB, and Requested Vaccine . I have verified it matches the information on the VAR form.	Initial Here: _____
2. I have reviewed the Screening Questions with the patient.	Initial Here: _____
3. I have reviewed the VIS with the patient.	Initial Here: _____

Administration Date	VIS Date	VIS Given Date	Site of Administration	Immunizer Name	Immunizer Signature
Clinic Address: _____					

Vaccine Name	NDC	Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Dosage


Insert Vaccine Information Sticker Here:
 (Vaccine Name, NDC, Manufacturer, Lot Number, Expiration Date, Dosage)